Aus der chirurgischen Poliklinik und Privatklinik des Herrn
Geh. San.-Rat Prof. Dr. Ph. Bockenheimer zu Berlin

Ueber Hasenscharten, insbesondere über den derzeitigen Stand der doppelseitigen Hasenschartenoperation

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Zahnärztlichen Doktorwürde

an der

**Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin.**

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Von

Walter Westebbe
Zahnarzt aus Gevelsberg (West.)

Tag der Promotion: 20. Mai 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7. Mittelstraße 29.

591

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Rubner
Referenten: Prof. Dr. Bockenheimer
Prof. Dr. Williger

Die embryologische Begründung der Entstehung der Hasenscharten im allgemeinen ist immer ein umstrittenes Gebiet gewesen. Die beiden sich gegenüberstehenden Theorien, von denen die eine vornehmlich von Th. Koelliker und die andere von Albrecht verfochten wurde, gelten auch heute noch als Angelpunkte in der sogen. „Zwischenkieferfrage".

Die ätiologischen Momente für die extrauterine Persistenz der embryonalen Spalten zwischen den beteiligten Gesichtsfortsätzen haben in der neueren Literatur lediglich eine Erweiterung erfahren durch Beiträge über die Vererbung der Hasenscharten und über die Bedeutung der sogen. „amniotischen Stränge" für die Entstehung der Difformitäten.

Aus der Verschiedenartigkeit der ursächlichen Momente resultieren die mannigfachsten Variationen und Kombinationen der Lippenspalte. Man teilt die doppelseitige Hasenscharte ein in:

1. einfache,
2. komplizierte
   a) eine Seite einfach, andere Seite kompliziert,
   b) beide Seiten kompliziert.

Bei den einfachen Hasenscharten unterscheidet man unvollständige und vollständige Spalten. Meist sind die beiden Spalten verschieden geformt; eine vollständige, einfache doppelseitige Hasenscharte scheint noch nicht beobachtet worden zu sein.

In den komplizierten Fällen setzen sich die Weichteilspalten auf den Alveolarbogen bezw. harten Gaumen fort. In all diesen Fällen erfordert die Stellung des Zwischenkiefers besondere Beachtung. Bei nur einseitiger Knochenfissur kommt es zur „Schrägstellung des Zwischenkiefers", bei doppelseitiger Cheilognathopalatoschisis springt er aus dem Niveau des Oberkiefers stark heraus.

Die Störungen, welche sich aus den Spalten für die Kranken ergeben, sind funktioneller und kosmetischer Art. Sie sind mehr oder weniger stark je nach dem Grade der Mißbildung.

Für den Zeitpunkt der Operation sind 2 Formen der Difformität bestimmend. Für die einfache, doppelseitige Lippenspalte mit normaler Lage des Zwischenkiefers gilt heute die 2. bis 4. Woche nach der Geburt als die geeigneteste Zeit für den operativen Eingriff. Auch bei den schwereren Fällen mit Prominenz des Bürzels oder mit gleichzeitig bestehender Gaumenspalte pflegen die Weichteilspalten möglichst frühzeitig geschlossen zu werden, um die Ernährung des Säuglings nicht in Frage zu stellen. Der Verschluß der Gaumenspalten erfolgt später, aber immerhin so früh, daß die Sprachbildung mit dem Beginn des Schulunterrichts abgeschlossen ist. Natürlich ist der Zeitpunkt für den blutigen Eingriff auch von der Konstitution der Patienten abhängig zu machen; unter Umständen ist eine vorherige Ausfütterung vonnöten.

Auf die Ausschaltung der Gefahren, welche aus dem chirurgischen Eingriff resultieren können, ist Bedacht zu nehmen. Narkose, Wundinfektion und Blutung verdienen größte Aufmerksamkeit. Sicherstellung geeigneter Ernährung der Kinder, Sorge für guten Gesundheitszustand, Verhütung von Erstickungsfällen u. a. gehören zur Vorbereitung zur Operation.

Die Operationsmethoden bei der doppelseitigen Hasenscharte lassen sich in 2 Gruppen einteilen, je nachdem

a) die Stellung des Zwischenkiefers eine normale ist

b) der Zwischenkiefer prominent ist.

Der Gang der Operation zerfällt in folgende Etappen:

1. Anfrischung der Spaltränder,
2. Läppchenbildung,
3. Mobilisation der Weichteile durch Unterminierung und dadurch erzielte Entspannung,
4. Naht,
5. eventuelle Nachoperationen.

Dazu kommt, daß bei prominierendem Bürzel drei operative Möglichkeiten in Anwendung kommen können:

1. Exstirpation des Zwischenkiefers,
2. seine Reposition,
3. die sogen. unblutige Methode.

Nach kurzer historischer Würdigung der einzelnen Opera-

tionsmethoden werden die heute gebräuchlichen therapeutischen Maßnahmen des näheren beschrieben; es ist betont worden, daß die konservative Behandlung des Zwischenkiefers heute führende Methode ist. Diese Tatsache stützt sich auf die statistischen Gesamterfolge derartiger Operationen. An die von Bardelebensche Vomerosteotomie schließt sich der Verschluß der Weichteilspalten an. Die Anwendung dieses oder jenes Verfahrens wird von Fall zu Fall entschieden und richtet sich nach den jeweiligen anatomischen Verhältnissen. Aber auch die Exstirpation wird noch vielfach, namentlich von den englischen Chirurgen, geübt. Sie ist unbedingt erforderlich bei hochgradiger Mißbildung oder bei erheblichem Tiefstand des Zwischenkiefers. Für diese Fälle gilt das Lorenzsche Verfahren heute als das gebräuchlichste. Die sogen. unblutige Methode der Rücklagerung des Bürzels hat heute nur mehr historischen Wert.

Aeußerst wertvoll im Interesse des Erfolges der Operation ist die Nachbehandlung des operierten Kindes. Verschlucktes Blut, Atmung, Ernährung, Wundbehandlung, Anwendung von Heftpflasterverbänden sind die beachtenswertesten Punkte dieses Abschnittes. Häufig bleiben nach der Operation noch kleinere kosmetische Mängel zurück, welche durch die für Nachoperationen erwähnten Verfahren beseitigt werden.

Lebenslauf.

Ich, Walter Hugo Westebbe, wurde am 7. 3. 1894 als Sohn des Bauunternehmers und Maurermeisters Heinr. Westebbe und seiner Ehefrau Lina, geb. Frenz, in Gevelsberg i. Westf. geboren. Ich besuchte vom 6. Lebensjahre ab die evangel. Volksschule meiner Heimatstadt und trat 1904 in die Realschule bzw. d. Realgymnasium daselbst ein, welches ich Ostern 1914 mit dem Zeugnis der Reife verließ. In Jena studierte ich seit Ostern 1914 Zahnheilkunde. Meine Studien wurden durch den Krieg unterbrochen. Februar 1919 nahm ich dieselben wieder auf und bestand meine zahnärztliche Vorprüfung Juli 1919 in Jena. Meine klinischen Semester absolvierte ich in Berlin, woselbst ich am 10. 1. 1921 approbiert wurde.